مركز تعريب العلوم الصحية

ACMLS ـ دولة الكويت

الأمراض الشرجية

تأليف : د. رُلَى المختار

مراجعة : مركز تعريب العلوم الصحية

68 سلسلة الثقافة الصحية

المحتويات

المقدمة	:	ج
التمهيد	:	هـ
المؤلف في سطور	:	ز
مقدمة المؤلف	:	ط
الفصل الأول	: تعريف الجهاز الهضمي والمستقيم والقناة الشرجية	1
الفصل الثاني	: الأمراض الشرجية	5
الفصل الثالث	: الاضطرابات الشرجية	17
الفصل الرابع	: أمراض الشرج والمستقيم لدى الأطفال	23
المراجع	:	39

المقدمة

القولون أو المعي الغليظ هو الجزء الأخير من الأمعاء ويلي المعي الدقيق ومهمته امتصاص المياه والعصارات الهضمية بعد استخدامها على الغذاء وتكوين براز صلب والذي يتم التخلص منه. وينقسم القولون إلى القولون الصاعد والمستعرض والنازل والمستقيم حيث إن المستقيم هو آخر جزء منه يليه القناة الشرجية. والأمراض الشرجية هي أمراض شائعة ولها أعراض متشابهة ومتشابكة وأخطرها مرض السرطان. ويهدف هذا الكتاب إلى تثقيف المرضى وأعضاء المهن الطبية غير المتخصصين في هذا المجال بأعراض الأمراض الشرجية والمساعدة على تشخيص الأمراض الشرجية لدى المرضى مبكراً للشفاء منها في أسرع وقت.

هناك العديد من الأمراض الشرجية مثل البواسير والناسور، والشرخ والخراج الشرجي، والثآليل والسرطان الشرجي، كما أن هناك أيضاً اضطرابات شرجية، مثل التبرز اللاإرادي والإمساك والضيق الشرجي وغيرها من الاضطرابات التي تتنوع في الأعراض المختلفة.

نأمل أن يستفيد القارئ العربي من هذا الكتاب، وأن يقدم له المعلومات الكافية التي يحتاج إليها في هذا المجال.

والله ولي التوفيق،،

الدكتور/ عبدالرحمن عبدالله العوضي

الأمين العام

مركز تعريب العلوم الصحية

التمهيد

«الأمراض الشرجية» اسم يطلق على أمراض القولون بأنواعها المختلفة، وهي عبارة عن أمراض متعددة مثل البواسير والشرخ الشرجي، وغيرها من الأمراض التي غالباً ما تحتاج إلى تدخل جراحي، حيث إن الأمراض الشرجية من أكثر الأمراض الجراحية التي نشاهدها في عيادات الجراحة.

يتناول هذا الكتاب الأمراض الشرجية من حيث الأعراض، والعلامات والتشخيص والعلاج وقد تم تقسيم الكتاب إلى أربعة فصول حيث يتحدث الفصل الأول عن تشريح الجهاز الهضمي والمستقيم والشرج ويتناول الفصل الثاني كافة الأمراض الشرجية تقريباً، مثل الشرخ والخراج الشرجي، والناسور والبواسير والثآليل، والنزف والسرطان الشرجي، ويوضح الفصل الثالث معنى الاضطرابات الشرجية والتي يمكن أن تسبب مرضاً شرجياً إن لم يتم معالجتها. كما يتحدث عن العجز العصعصي، ويُختتم الكتاب بالفصل الرابع الذي يتضمن أمراض الشرج والمستقيم لدى الأطفال. وختاماً، نأمل أن يجد القارئ العربي لهذا الكتاب معلومات مفيدة وسلسة ومبسطة في الوقت نفسه ونرجو أن يكون مفيداً لكل من يقرأه.

والله ولي التوفيق،،

الدكتور/ يعقوب أحمد الشراح

الأمين العام المساعد

مركز تعريب العلوم الصحية

المؤلف في سطور

ـ الدكتورة/ رُلَى سليم سعيد المختار

* كويتية الجنسية.

* مواليد دولة الكويت عام 1965.

* حاصلة على بكالوريوس الطب والجراحة ـ جامعة الكويت ـ كلية الطب ـ عام 1991.

* حاصلة على درجة الدكتوراة في الجراحة العامة ـ أدنبرا ـ اسكتلندا ـ عام 1999.

* استشارية جراحة عامة في مستشفى مبارك الكبير ـ وزارة الصحة ـ دولة الكويت.

مقدمة المؤلف

من أكثر الأمراض الجراحية التي نشاهدها في عيادات الجراحة هي الأمراض التي تصيب الشرج والمنطقة المحيطة به، ويرجع ذلك إلى الحرارة العالية والرطوبة وقلة العناية بنظافة هذه المنطقة. وهي تصيب الإنسان في جميع مراحل الحياة، ومن أهم هذه الأمراض: البواسير، والشروخ، والخراجات، والنزف الدموي، والأورام وغيرها...

وحسب الإحصاءات الغربية يعاني ثلاثة أرباع السكان من البواسير والناسور بدرجات مختلفة خلال حياتهم، ويعاني 86٪ من الشعب الأمريكي من البواسير خلال فترة من حياتهم. وتقدر إحصائيات المركز العالمي للسكر وأمراض الجهاز الهضمي ومنظمة الصحة العالمية بأن 50٪ من الناس يعانون من البواسير بعد سن الخمسين.

وتعتبر الأمراض الشرجية من الأمراض ذات الخصوصية وتسبب الحرج والخوف لدى المرضى وخاصة لدى النساء. وسنتعرف على أهم وأكثر الأمراض الشرجية التي يعاني منها المريض ومسبباتها وطرق الوقاية والعلاج.

الدكتورة/ رُلَى سعيد المختار

الفصل الأول

تعريف الجهاز الهضمي والمستقيم والقناة الشرجية

تعريف الجهاز الهضمي:

تتكون القناة الهضمية من سلسلة من الأعضاء المجوفة، تمتد من فتحة الفم إلى فتحة الشرج ويبطنها غشاء مخاطي. وتتكون من الفم، المريء، والإثنا عشري، يليها المعي الغليظ (الأمعاء الغليظة) أما الجزء الأخير من الجهاز الهضمي الذي يلي المعي الغليظ هو المستقيم والقناة الشرجية التي تنتهي بفتحة الشرج.

وفي المعي الدقيق (الأمعاء الدقيقة) ـ طوله ستة أمتار تقريباً ـ يتم تحويل المواد الغذائية الصلبة إلى مواد سهلة الهضم والامتصاص عبر الغشاء المخاطي المبطن للأمعاء، تبدأ عملية تحويل المواد الغذائية المعقدة إلى مواد بسيطة خلال عملية الهضم.

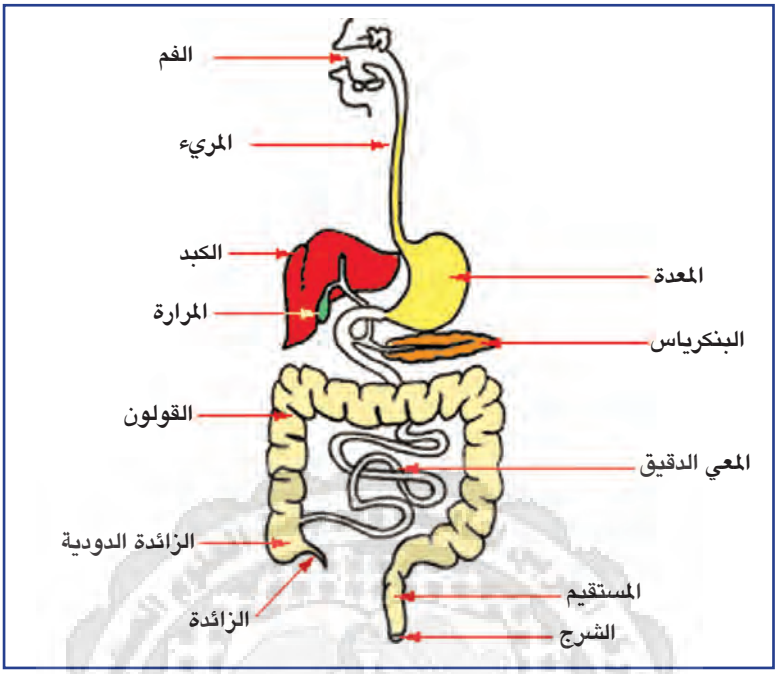
أما المعي الغليظ فوظيفته امتصاص ما تبقى من السوائل والأملاح لتحويل المحتويات السائلة إلى صلبة تسمى البراز.

ومن ملحقات الجهاز الهضمي الكبد والبنكرياس والغدد اللعابية وجميعها تساعد بعملية الهضم بإفراز الإنزيمات والعصارة الهاضمة.

القناة الشرجية:

وطولها يصل من 3 سنتي متر إلى 4 سنتي متر. تتكون من عضلات خارجية غير إرادية وعضلات داخلية إرادية والتي يتحكم بها الإنسان لمنع أو السماح بعملية التبرز. والشرج هو آخر جزء من أجزاء الجهاز الهضمي ويمتد حتى نهاية فتحة الشرج. ويحتوي الشرج على الكثير من الأعصاب الحسية، مما يجعل منطقة الشرج عرضة للألم وتحتاج إلى التخدير الموضعي عند إجراء أية عملية جراحية أو حتى أخذ الخزعات. أما المستقيم فهو خال من الأعصاب الحسية للآلام ولا يحتاج إلى التخدير عند أخذ الخزعات الجراحية. كما يوجد بالشرج ما يسمى أخاديد وتجاويف صغيرة بها الغدد الشرجية التي تكون المسبب الرئيسي للخراجات الشرجية والناسور الشرجي عند انسدادها وإصابتها بالالتهاب الجرثومي.

يبطن القناة الشرجية غشاء مخاطي حساس غني بالأعصاب الحسية. لذا يشعر الإنسان بالألم عند وجود أي قطع أو التهاب بالقناة الشرجية. (الشكل 1).



(الشكل 1): الجهاز الهضمي

الشرج:

الشرج عبارة عن فتحة في نهاية الجهاز الهضمي للكائن الحي المقابلة للفم من الناحية الأخرى وهي فتحة خارجية من المستقيم، آخر أقسام الجهاز الهضمي في المعي الغليظ في معظم الثدييات. وظيفتها إخراج الفضلات وطرد الأجسام الصلبة الناتجة عن عملية الهضم والتي تعتمد على نوع الكائن الحي، ربما تكون واحدة أو أكثر من الأشياء التي لا يستطيع الكائن الحي هضمها كالعظام والمواد التي قد تكون سامة إن بقيت في الجهاز الهضمي وجراثيم المعدة. هناك مجموعة من العضلات تتحكم بتقلص وانبساط فتحة الشرج وهي عضلات دائرية الشكل تقريباً تنتهي بالعضلة العاصرة للمستقيم يتحكم في انقباضها وانبساطها ألياف عصبية إرادية أي يمكن للإنسان التحكم في انقباضها وانبساطها لاحقاً بعد سن الثالثة على الأغلب وهي تخضع للجهاز العصبي الودي والجهاز العصبي اللاودي وهي توجد عند انتهاء المستقيم.

تعتبر آفات الشرج من الأمراض الهامة نظراً لما تتمتع به هذه المنطقة من صفات تشريحية ووظيفية ومرضية، كما أن أهمية هذا الموضوع تأتي من شعور بعض المرضى بالحرج من البوح بمشكلاتهم لمن حولهم أو حتى للطبيب.

والأمراض الشرجية هي الأكثر شيوعاً بين الناس ويعاني الكثير من المرضى من اضطرابات وأمراض شرجية خلال فترة من حياتهم، ومن أكثر الأمراض شيوعاً هي

البواسير والشروخ الشرجية والناسور الشرجي والدمامل والخراجات الشرجية وغيرها. أما الاضطرابات الشرجية فقد تكون كالتبرز اللاإرادي والإمساك أو الإسهال وغيرها... وحسب الإحصاءات العلمية فإن 89% من الناس يعانون منها في بعض أيام حياتهم، كما هناك أكثر من 500 ألف حالة سنوياً تسجل في أمريكا 20% منها فقط تعالج جراحياً، ولأنه يصاب بها 50% ممن هم فوق الخمسين عاماً، ومن أشهر المصابين بها نابليون بونابرت والرئيس الأمريكي الأسبق جيمي كارتر. لذا يجب التعرف على لمحة توعوية موجزة عن أسبابها وطرق الوقاية.

تعريف ببعض الأمراض الشرجية:

- البواسير الشرجية وهي توسع والتهاب الضفيرة الوعائية الوريدية المغلفة للقناة الشرجية.. وهذه لها درجات وأنواع ولكل طريقة في العلاج. وسنتناول شرحها تفصيلياً في الفصل الثاني.
- الشرخ أو الشق الشرجي وهذا عبارة عن تشقق في نهاية الغشاء المخاطي والجلد المغطي للقناة الشرجية ينتهي بحلمة باسورية حارسة.
- الخراج حول الشرج، هو عبارة عن تورم التهابي قيحي مؤلم متوضع حول الشرج لو فجر جراحياً بشكل غير كافٍ أو ترك ليتفرغ من القيح من تلقاء نفسه، سوف ينتهي بما يسمى الناسور حول الشرج.
- الناسور الشرجي وهذه عبارة عن قناة مبطنة بخلايا التهابية لها فتحتان فتحة في الجلد حول منطقة الشرج، وفتحة داخلية في القناة الشرجية.

أما الاضطرابات الشرجية المتنوعة الأخرى كالتهاب الجلد التحسسي حول الشرج مما يسبب الحكة، وكذلك الثآليل الجنسية حول الشرج والتي تصيب الشاذين جنسياً، والإمساك وغيرها فسوف نتناولها بالتفصيل في الفصل الثالث للتعرف على أهم الأسباب المؤدية لمعظمها أو إلى كل ما يؤدي لزيادة الضغط والاحتكاك داخل القناة الشرجية كتضيق المعصرة الشرجية أو تشنجها بسبب الألم أو بسبب تناول التوابل الحارة، يؤدي لحدوث هذا النوع من الأمراض... وكذلك من الأسباب الأخرى: الحمل، السمنة، التقدم بالسن، وكذلك للوراثة دور فيها.

الوقاية:

تعتبر الوقاية هي الوسيلة الأكثر فعالية لتفادي الإصابة بأي من الأمراض والاضطرابات الشرجية ومن وسائل الوقاية تتلخص طرق الوقاية منها بالتالي:

- تجنب الإمساك.
- تناول غذاء صحي غني بالألياف من الخضروات والفواكه.

- تناول كمية أكبر من السوائل.
- الإفراغ المعوي الدوري ويفضل التدريب على التغوط اليومي المنظم إذا أمكن ذلك.
- إجراء التمارين الرياضية.
- إنقاص الوزن.
- النظافة الشخصية والعناية الصحية بالمنطقة من خلال إجراء حمام يومي مع تجفيف المنطقة وارتداء الملابس القطنية المريحة والمناسبة.
- إجراء الفحص الدوري وخاصة عند حدوث أحد الأعراض كالألم أو النزف الدموي أو الورم وغيرها مما سيتم ذكره في الفصول التالية.

الفصل الثاني

الأمراض الشرجية

1 ـ الشرخ الشرجي (Anal fissure):

هو جرح أو قطع في الغشاء المبطن للقناه الشرجية. قد يكون ناجماً في أغلب الأحيان عن مرور براز جاف أو صلب نتيجة الإمساك الشديد، مما يسبب قطع ونزيف بسيط مصاحباً لآلام موضعية بسبب انقباض العضلة الشرجية وطبيعة الغشاء الحساسة للألم.

ومن أسباب الشروخ الشرجية الإسهال الشديد والحمل والولادة وبعض أمراض الجهاز الهضمي مثل داء كرون (داء الورم الحبيبي الالتهابي الهضمي المزمن) (الشكل 2 و3).

(الشكل 2): قناة الشرج والمستقيم والشرخ الشرجي

(الشكل 3): الشرخ الشرجي

الأعراض:

الشعور بالألم الحاد أثناء عملية التبرز ونزول القليل من الدم للأحمر فاتح اللون.

التشخيص:

يتم التشخيص عن طريق الأعراض التي يشتكي منها المريض وبالفحص الإكلينيكي ورؤية الشرخ الشرجي.

المضاعفات:

قد يتحول الشرخ الحاد إلي شرخ مزمن لا يستجيب للعلاجات الدوائية والوقائية. كما أنه قد يحدث التهاب عند فتحة الشرج وإصابة المريض بالخراجات. كما يؤدي إلى تكوُّن الزوائد اللحمية بفعل تكرار الالتهاب والقطع الشرجي المزمن.

العلاج:

أكثر من 80% من الشروخ الحديثة الحادة يتم شفاؤها بالعلاج الدوائي والوقائي.

1 ـ العلاج الوقائي:

تناول السوائل والحركة وتناول الأطعمة من الخضراوات والفاكهة التي تحتوي على ألياف. ونسبة تكرار الإصابة بالشرخ ترتفع إلى 30–70% عند التوقف عن تناول الألياف والمسهلات الخفيفة، وقد تقل إلى 20–30% فقط عند الاعتماد على العلاج الوقائي والغذائي فقط. واستخدام المغاطس الدافئة مع القليل من الملح عن طريق الجلوس بها.

2 ـ العلاج الدوائي:

- أخذ المليلنات أو المسهلات.
- استخدام الكريم الخاص لتسريع عملية التئام الشرخ والذي يحوي مادة ثلاثي نيترات الجلسريل (Glyceryl Trinitrate; GTN). كما يمكن استخدام النيفيديبين كريم عوضاً عن (GTN) عند بعض المرضى الذين ليس لديهم القدرة على تحمل الأعراض الجانبية كالصداع.
- استخدام حقن البوتكس (BOTOX) لاسترخاء العضله الشرجية والمساعدة على سرعة الشفاء. ويستمر مفعول الحقن ما يقارب ثلاثة أشهر.
- استخدام المرهم أو الهلام (الجل) للتخدير الموضعي.

3 ـ العلاج الجراحي:

- إجراء عملية لاسترخاء عضلة الشرج وإزالة الزوائد اللحمية المتكونة بسبب الشرخ المزمن (Lateral sphicterotomy with skin tag excision). ومن مضاعفات إجراء

العملية الجراحية، الالتهاب، الخراج الشرجي، الناسور الشرجي، عدم التحكم بالتبرز. هي مضاعفات نادرة وقليلة الحدوث. ونسبة عودة الشرخ بعد إجراء العملية تصل إلى 1–2% فقط.

2 ـ الخراج الشرجي والناسور الشرجي (Perianal abscess and fistula in ano):

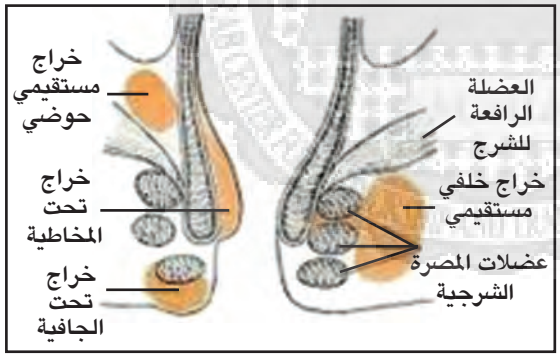
الخراج الشرجي:

هو تجمع صديدي داخل أنسجة القناة الشرجية وقد يكون الخرّاج عند فتحة الشرج أو داخلياً. (الشكل 5,4).

(الشكل 4): الخراج الشرجي

الأسباب:

هو الالتهاب في الغدد داخل الغشاء المخاطي للشرج واستمرار الالتهاب قد يحول الخراج الشرجي إلى ناسور شرجي.



(الشكل 5): خراجات مستقيمية شرجية

الأعراض:

- آلام حادة عند فتحة الشرج.
- ارتفاع بالحرارة.
- تورم ظاهري أو داخل الشرج.
- وقد تظهر مادة صديدية في حالة انفجار الخراج.

التشخيص:

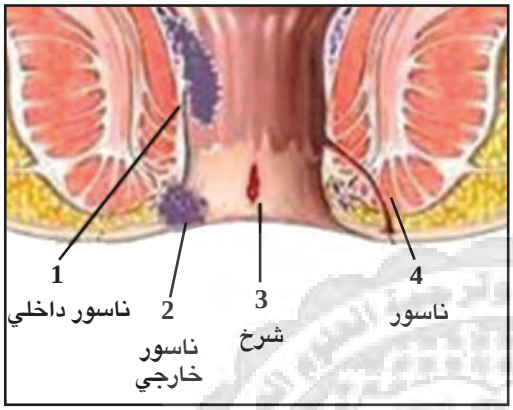
- يتم التشخيص من الأعراض والفحص العيني للمريض.

العلاج:

تحت مخدر عام وأحياناً موضعي يتم فتح الخراج جراحياً وتنظيفه ووضع الفتائل به لابقائه نظيفاً ومفتوحاً لحين شفائه والتئامه. وإعطاء الملينات ودواء للتخفيف من الألم.

الناسور الشرجي:

قد يكون صغيراً يفتح من فتحة الشرج وقد يكون مرتفعاً أو ناسور عالي يخترق الأنظمة العضلية التي تتحكم في انقباض الشرج والتبرز. (الشكل 6).



(الشكل 6): الناسور الشرجي

الأسباب:

الخراج الشرجي، الدرن، السرطان، الالتهابات المعوية المزمنة مثل داء كرون. الناسور هو قناة صغيرة غير طبيعية تفتح بين تجويفين. والناسور الشرجي يكون بين القناة الشرجية مخترقاً الأغشية والعضلات المحيطة بالقناة وبين الجلد خارجياً.

الأعراض:

- الإفرازات الصديدية المستمرة.
- الألم أثناء عملية التبرز.
- خروج المواد البرازية أو الغازات والسوائل الكريهة من الفتحة الخارجية بالجلد.

التشخيص:

- يتم التشخيص من الأعراض والفحص العيني للمريض.
- تستخدم أشعة الرنين المغناطيسي باستخدام الصبغة لتحديد مسار الناسور.

العلاج:

هو شق الناسور طولياً وتركه للالتئام أو استئصال الناسور والأنسجة المحيطة به وتركه ليلتئم أو استخدام السيتون (Seton) وهو تمرير خيط فتيل داخل القناة على هيئة حلقة وربطها. وشد الربطة يؤدي إلى إحداث قطع في القناة. يقام الشد على مراحل وخلال أسابيع يكون قد أحدث قطعاً كاملاً في القناة دون المساس بعضلات الشرج.

العلاج الضوئي:

باستخدام الليزر لكي الناسور.

3 . البواسير (Hemorrhoids, Piles):

تعتبر أكثر الاضطرابات الشرجية شيوعاً وهي عبارة عن تضخم وتدلي الأوردة بالقناة الشرجية (البواسير الداخلية). وقد تتضخم إلى حد الخروج والظهور من الفتحة الشرجية (البواسير الخارجية). وهي عبارة عن انتفاخات عنقودية قد يصاحبها نزيف دموي لونه أحمر فاتح، وقد يكون النزف قليلاً أو في بعض الأحيان شديد جداً يستدعي النقل إلى المستشفى.

أعراض البواسير الداخلية:

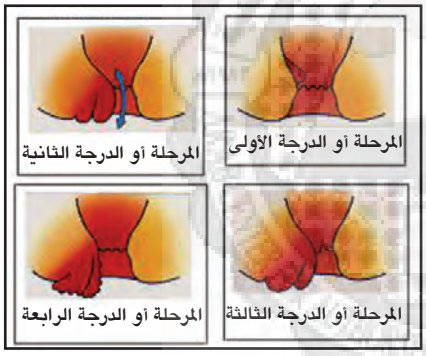
نزول الدم المتكرر أثناء التبرز غير أنها لا تسبب الآلام. وتكون مصاحبة للألم فقط عند حدوث قطع شرجي.

أعراض البواسير الخارجية:

وهي ظهور البواسير من فتحة الشرج فيشعر بها المصاب ويراها وهي أقل عرضة للنزف من البواسير الداخلية. غير أنها أكثر عرضة للالتهابات والتجلطات الدموية الموضعية والتقرحات.

تنقسم البواسير إلى درجات:

1. الدرجة الأولى: بواسير داخلية صغيرة لا تظهر من فتحة الشرج وتسبب النزف المتكرر عند التبرز وهو يجعل المريض يلجأ إلى الطبيب للاستعلام عن الأسباب.
2. الدرجة الثانية: تظهر الأوردة الشرجية خارج فتحة الشرج أثناء التبرز وتعود تلقائياً إلى الداخل بعد الانتهاء من التبرز.
3. الدرجة الثالثة: ظهور الأوردة المتدلية من فتحة الشرج أثناء التبرز غير أنها تبقى خارج فتحة الشرج بعد الانتهاء من التبرز. ويقوم المريض أو الطبيب بإدخالها. وتكون مصاحبة بنزول الدم وقد تكون مصاحبة للألم بسبب قطع شرجي مصاحب لها.
4. الدرجة الرابعة: تظهر البواسير خارجياً وتبقى خارج فتحة الشرج. ويصعب إرجاعها. وقد تتضخم وتلتهب وتكون مصاحبة لآلام شديدة وصعوبة بالتبرز. (الشكل 8).



(الشكل 7): مراحل أو درجات البواسير الداخلية

(الشكل 8): صورة لمريض يعاني من حالة متأخرة من البواسير الداخلية (المرحلة الرابعة)

العلاج الوقائي:

- تناول الأغذية المحتوية على الألياف والملينات الطبيعية كالخضروات.
- الرياضة والمشي.
- تفادي المأكولات الحارة كالفلفل والبهارات.
- تجنب السمنة.
- تعتبر الدرجة الأولى من البواسير أكثر الدرجات استجابة للعلاج الوقائي والدوائي.

العلاج الدوائي:

- الملينات والمسهلات مثل بزر القطوناء (جنس من النباتات) (Psylium) وهونوع من الألياف الملينة للبراز.
- استخدام دواء الدافلون (Daflon) لتقليص وانكماش حجم الأوردة وتصغير حجم البواسير.
- مراهم البواسير وتساعد على ضمور الأوردة المتضخمة.
- تحاميل البواسير وهي أيضاً تساعد على ضمور الأوردة.
- حقن إبر المخثرات كالفينول مع زيت اللوز.
- (Cissus quadrangularis) نبات متسلق له سيقان لحمية ذات أربع زوايا، الأزهار أرجوانية، والثمار مدورة تشبه العنب وعصارتها كثيرة. ينمو هذا النبات بكثرة في المنخفضات الجبلية. وتستخدم لعلاج البواسير.

العلاج الجراحي:

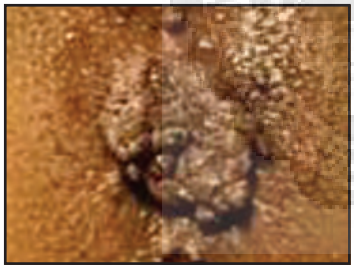
- الربط: يتم بدون تخدير لأن الأغشية المخاطية للمستقيم خالية من الأعصاب الحسية، ويمكن إجراء عملية الربط بالحلقات المطاطية داخل العيادة باستخدام المنظار الشرجي.
- الاستئصال الجراحي بالتخدير العام ويمكن اجراؤها بالعملية التقليدية للاستئصال أو باستخدام الدباسة أو بطرق أخرى. ويعتبر الاستئصال الجراحي هو أفضل وسيلة للدرجات الثالثة والرابعة للبواسير، أما الدرجة الثانية والأولى فالعلاج الدوائي والربط هي الوسائل الأفضل.
- التبريد.
- الليزر.

أسباب البواسير:

- الإمساك المزمن.
- السمنة.
- الحمل.
- الجلوس لمدة طويلة وعدم الحركة.
- الإفراط في استعمال الملينات.
- العامل الوراثي.
- ارتفاع ضغط المحتوى البطني المصاحب لبعض الأمراض مثل الماء الزائد بالتجويف البطني أو الأورام أو التضخم العام في الأوردة عند مرضى الكبد المزمن، وغيرها.

4 . الثآليل الشرجية (Anal Warts):

وتنتشر الثآليل الشرجية حول الشرج وتسبب الحكة وأحياناً النزف الدموي. وتنتقل إلى الأعضاء الجنسية والشرج بالاتصال الجنسي في معظم الأحيان أو باستعمال الفوط الخاصة لشخص مصاب. وتعتبر العدوى بالاتصال الجنسي أكثر أسباب الانتشار وتصيب نسبة ثلثي الحالات التي تعاني من الثآليل الشرجية. وتظهر العدوى بعد فترة طويلة قد تصل إلى عدة أشهر.



(الشكل 9): مرض الزهري وإصابة الشرج

(الشكل 10): الثآليل الشرجية الفيروسية

أنواع الثآليل الشرجية:

- النوع المصاحب لمرض الزهري أو السفيلس Syphilis وتسمى الثاليل بعدوى الكوندايلوما الحمراء. وتعالج بالمضاد الحيوي لمرضى الزهري.
- أما النوع الثاني، فهو الورم اللقمي المؤلف من فيروس الورم الحليمي (Papilloma virus).
- وتكثر الإصابة به عند مرضى نقص فيروس المناعة البشري (HIV).
- هذا النوع من أكثر الأنواع انتشاراً في العالم حيث يصيب واحداً من كل خمسة أشخاص بالغين في الولايات المتحدة. ويمكن أن يصيب منطقة المهبل والشرج والفم.

العلاج:

ويعالج باستخدام الإنترفيرون داخل الثآليل لتقوية وشحن المناعة لتدمير الفيروس واختفاء الثآليل. ويمكن

استخدام الكريم الذي يساعد على إنتاج الانترفيرون واختفاء الثآليل. ويعتبر من أهم أسباب تكرار الإصابة بعد العلاج هو طبيعة الفيروس التي تبقى داخل الخلايا وعند أي نقص في المناعة أو إجهاد تستعيد نشاطها بعد عدة أشهر أو أعوام. أما أكثر العلاجات فعالية فهو العلاج الكيميائي باستخدام مركب النتروجين السائل أو إجراء التبريد أو التجميد أو الكي الجراحي أو بالليزر.

5. النزف الشرجي (Anal bleeding):

الأنواع والمسببات:

النزف الشرجي أنواع عديدة منها ما يكون لأسباب متعلقة بالشرج كالشروخ والبواسير والالتهابات الشرجية والسرطان الشرجي والتجمع الدموي أو التجلط الدموي الشرجي. وهي حالات يتم علاجها حسب المسببات لها.

أما النزف الشرجي المصاحب لأمراض لاعلاقة لها بالشرج كالنزف من الأمعاء الدقيقة أو المعدة كالقرح والتهابات القولون وداء كرون (Crohn's disease) أو التهاب القولون التقرحي (Ulcerative colitis) من الالتهابات المزمنة للأمعاء وغيرها.

التشخيص:

وكل من هذه الأمراض يتم علاجها حسب التشخيص والفحص الطبي الدقيق وبعد إجراء التحاليل المخبرية للدم ووظائف الكبد والكلى وسيولة الدم والتحقق من عدم وجود أمراض الدم المسببة للنزف. وتجرى تحاليل لتحديد نسبة الحديد بالدم ونسبة الدم بالبراز وما يحتوي على خلايا دموية أو جراثيم أو ديدان. فيتم عمل زراعة مخبرية للبراز.

درجة الاختطار (الخطورة):

قد قامت وزارة الصحة البريطانية بتحديد خطورة حالات النزف الشرجي وتقسيمها إلى عالية الخطورة وقليلة الخطورة وتشمل جميع مسببات النزف الشرجي وقسمت كما يلي:

حالات عالية الخطورة:

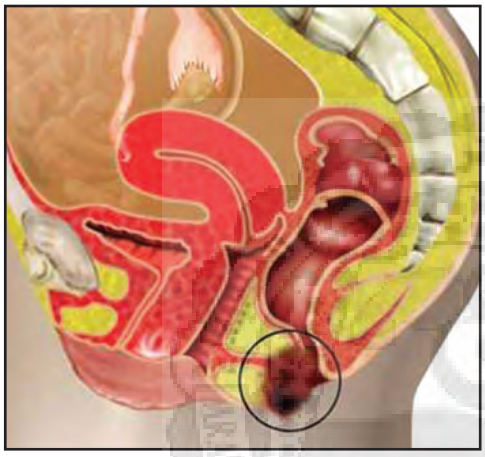
- نزف شرجي مصاحب لتغير في طبيعة البراز كالإسهال وعدد المرات التي تحدث بها لمدة أكثر من 6 أسابيع (لجميع الأعمار).
- نزف شرجي مستمر غير مصاحب لأعراض شرجية أخرى لفئة الأعمار ما فوق عامين.
- ورم في البطن من الجهة اليمنى من البطن (ورم القولون).
- فقر دم حاد.

حالات أقل خطورة:

- نزف شرجي مع أعراض شرجية بدون تغير في طبيعة التبرز.
- نزف شرجي مع وجود شرخ أو بواسير.
- الإمساك قصير الأمد مصاحب للنزف الخفيف.

6 . السرطان الشرجي (Cancer of anus):

سرطان الشرج من السرطانات غير الشائعة. والإصابة بهذا المرض في تزايد وارتفاع ملحوظ خلال الأعوام القليلة الماضية على الرغم من عدم وضوح الأسباب المؤدية إلى هذا التزايد. وسرطان الشرج، يصيب فتحة الشرج، في نهاية القناة الهضمية. وهو أحد أمراض سرطان القولون. ويعتبر نمو السرطان في فتحة الشرج أو الغشاء المبطن لها وهو يمثل نسبة صغيرة من الأورام السرطانية للقولون والمستقيم وفتحة الشرج. يكون أكثر شيوعاً في الرجال في الجزء الخارجي من فتحة الشرج عكس النساء حيث يكون أكثر فى الجزء الداخلي.



(الشكل 11): منطقة السرطان الشرجي

يجب ملاحظة أن الأورام التى تحدث تكون فى الجلد الخارجي حيث يوجد الشعر، وهى أورام في الجلد وليس فتحة الشرج.

الأعراض:

- الألم في منطقة الشرج.
- ورم أو انتفاخ أو نمو غير طبيعي في المنطقه الشرجية أو القناه الشرجية.
- نزيف من الشرج أو المستقيم.
- حكة.
- قد يشتكي من صعوبة بالتبرز وضيق بالمنطقة الشرجية.

وهذه الأعراض قد تظهر بعضها أو جميعها وأحياناً لاتظهر أي منها.

أسباب السرطان الشرجي:

إلى الآن تعتبر الأسباب غير واضحة تماماً ولكن توصل العلماء إلى وجود تغير وتحور جيني داخل الخلية، مما يؤدي إلى إصابة الإنسان بالسرطان. والتحور الجيني يحول الخلايا طبيعية النمو إلى خلايا لاتتوقف عن الانقسام والتزايد والنمو غير الطبيعي.

العوامل المساعده على احتمالية الإصابة بسرطان الشرج:

- العمر: وترتفع نسبة الإصابة به بعد سن الخمسين.
- الجنس الشرجي: سواء عند الرجل أو المرأة.
- تعدد الشريك في العملية الجنسية: وهي مساوية للرجل والمرأة بنسبة إصابتهم.
- مرض فيروس عوز المناعة البشري (HIV).
- التدخين.
- الأدوية والعقاقير التي تنقص من المناعة كالكورتيكوستيرويد والعلاجات الكيميائية الحادة.

التشخيص:

- الفحص الشرجي وفحص المستقيم من قبل الطبيب المختص. ويتم الفحص في العيادة أولاً بالفحص اليدوي والعيني يلي ذلك المنظار الشرجي صغير الحجم. ويتم إجراء الفحوصات المخبرية المتعددة للدم والبراز. وقد يحتاج بعض المرضى إلى إجراء منظار كامل للقولون والمستقيم والشرج.
- الفحص بفائق الصوت: لمنطقة الشرج والمستقيم.
- عينة مخبرية أو خزعة للمختبر بها خلايا لتحديد نوع ودرجة التحول لخلايا سرطانية والتأكد من التشخيص.
- يتم تحديد درجة السرطان الشرجي ومرحلته وذلك لتحديد كيفية وطرق العلاج المطلوبة. ويتم عن طريق إجراء التصوير المقطعي المحوسب أو أشعة الرنين المغناطيسي باستخدام الصبغة الملونة لتحديد مدى انتشار السرطان ودرجته. كما تأخذ أشعات للصدر والعظام.

مراحل السرطان الشرجي:

1 ـ المرحلة الأولى:

سرطان شرجي بحجم 2 سنتي متر أو أقل.

2 ـ المرحله الثانية:

حجم أكبر من 2 سنتي متر ولم يتعدى القناة الشرجية. فالورم يبقى موضعياً في قناة الشرج.

3 ـ المرحلة الثالثة (أ):

أي حجم وانتشار السرطان إلى الغدد اللمفاوية المجاورة وقد تصل إلى منطقة المثانة ومجرى البول والمهبل.

4 ـ المرحلة الثالثة (ب):

انتشار الورم بالغدد اللمفاوية للحوض والمناطق المجاورة.

5 ـ المرحلة الرابعة:

انتشار السرطان بأجزاء متعددة من الجسم كالكبد والرئة والعظام.

العلاج:

في المرحلة الأولى والثانية يمكن شفاء المريض تماماً بالعلاج الكيمائي والإشعاعي وهو خليط ناجح في إتمام عملية الشفاء بإذن الله تعالى. كما أنه يوجد العلاج الجراحي وذلك لاستئصال السرطان الشرجي والأورام الصغيرة أو لإجراء تحويل لمجرى البراز إلى الخارج في المراحل المتقدمة جداً من المرض.

الوقاية:

الامتناع عن التدخين وممارسة الجنس السليم والآمن، ومراجعة الطبيب مبكراً للفحص عند الاشتباه بوجود أي من الأعراض السالف ذكرها.

الفصل الثالث

الاضطرابات الشرجية

عدم التحكم بالبراز (Anal incontinence):

هي خروج محتويات المستقيم من سوائل وغازات ومواد صلبة إلى خارج فتحة الشرج دون القدرة على التحكم بها وبالعضلات الشرجية. وقد تسبب الحرج الشديد والتأثير النفسي الشديد للمريض. وغالباً ما تكون بفعل إصابة العضلات الشرجية الخارجية بضرر أثناء عملية الولادة أو بعد عمليات النواسير الشرجية أو عمليات أخرى قد تسبب القطع والضعف لعضلة الشرج.

والمستقيم لديه قدرة احتوائية للسوائل والمواد الصلبة بقدر 200-250 سنتي متر وعند امتلاء المستقيم يحدث تنبيه عصبي إلى عضلات الشرج والأمعاء ليتم فتح عضلة الشرج وانقباض العضلات اللاإرادية للأمعاء لدفع البراز خارجاً من فتحة الشرج. وللقناة الشرجية القدرة على تمييز السوائل والصلب والغازات بسبب الأعصاب الحسية الدقيقة بها.

ويستطيع الإنسان التحكم بمنع الفضلات أو الغازات أو السوائل من الخروج. وهي قدرة الإنسان على التحكم بالعضلات الإرادية. أما العضلات اللاإردية فهي في حالة انقباض دائم ومستمر وأثناء النوم.

ومن أهم الأسباب:

- الولادة المتعثرة التي تؤدي إلى تدمير الأعصاب التي تتحكم بعضلة الشرج.
- الناسور الشرجي وبعد إجراء عملية جراحية.
- الأمراض العصبية كإصابة العمود الفقري أو الأمراض العصبية المزمنة.
- الاعتداء الجنسي الشرجي.
- الأمراض كالإسهال الشديد والقولون العصبي وسقوط المستقيم.

كيفية تحديد درجة عدم القدرة على التحكم في عملية التبرز:

1. هل عدم التحكم دائم أم أحياناً.
2. هل عدم التحكم للغازات فقط أم السوائل أم الفضلات الصلبة.
3. ما مدى تأثير المرض على الحياة اليومية والنفسية للمريض.

عند التشخيص يجب معرفة:

1. التاريخ المرضي للمصاب (أمراض عصبية، أمراض جنسية.. وغيرها).
2. التاريخ الجراحي (الناسور، سقوط بالمستقيم، عمليات الحوض وغيرها).
3. الولادات عددها ومضاعفاتها.
4. العلاجات أو الأدوية التي يتناولها المريض سواء لأسباب مرضية أخرى أو بسبب عدم القدرة على التحكم بالتبرز.

يتم التشخيص بعد الفحص الإكلينيكي وبعد إجراء فحص للمستقيم والشرج باستخدام الدراسة الحركية الميكانيكية. وهي تختبر الإحساس في المنطقة الشرجية والسعة الاحتوائية للمستقيم. وتختبر العضلات الشرجية وقدرتها على الانقباض. كما يمكن إجراء الأشعة الصوتية الداخلية للشرج لمعرفة حالة العضلات والبحث عن قطع أو إصابات بها. وتعتبر أشعة الرنين المغناطيسي من أفضل الوسائل لتقيم حالة الحوض والعضلات والقناة الشرجية عامة.

العلاج:

- النفسي: لمساعدة المريض على التعامل مع حالته المرضية.
- الغذائي: للحد من الغازات أو كثرة السوائل بالبراز.
- تدريب المريض وإعادة تأهيل العضلات للتحكم بعملية التبرز. وتصليح أي قطع أو إصابة بها.
- الحقن الموضعي.
- زرع عضلات من الفخذين إلى الحوض.

الإمساك (Constipation):

التعريف:

تعتمد حركة الأمعاء العادية على الجهاز العصبي الذاتي وعلى نوعية الطعام المتناول. ويعمل الجهاز العصبي الذاتي تلقائياً لتنظيم حركة الأمعاء استجابة لدخول الطعام بالقناة الهضمية. فيقوم الأشخاص الطبيعيون بالتبرز مرة واحدة يومياً أو مرة كل يومين. وقد يتبرز الشخص الطبيعي مرتين باليوم حسب كمية الطعام المتناول والحركة. ويعتبر الإمساك آفة العصر الحديث وهي من أكثر اضطرابات الجهاز الهضمي شيوعاً.

أسباب الإمساك:

1 ـ ضعف حركة الأمعاء للأسباب التالية:

- نقص السوائل لقلة تناولها أو التعرق الشديد في المناطق الحارة.
- نقص في مخلفات الطعام كالألياف التي تساعد على ليونة البراز وسهولة عملية التبرز.
- نقص فيتامين (B) الذي يؤدي إلى ضعف جدار الأمعاء.
- خمول وضعف الغدة الدرقية.
- نقص البوتاسيوم بالجسم مما يؤثر على حركة الأمعاء.
- عدم الانتظام بمواعيد التبرز.

2 ـ الإمساك التقلصي التشنجي.

- تناول المسهلات المتزايد.
- تناول الأطعمة المؤثرة والمهيجة لجدار الأمعاء والقولون.
- التوتر العصبي والنفسي.

3 ـ الإمساك الانسدادي.

بفعل الأورام والالتصاقات أو الالتهابات الحادة أو الديدان وغيرها.

العلاج:

1. معالجة الأمراض المسببة أو المصاحبة للإمساك كالأورام أو الالتهاب الشديد أو المرض النفسي وغيرها.
2. عدم تناول المسهلات إلا باستشارة طبية ومتابعة منتظمة.
3. تناول السوائل والألياف الكافية.
4. الحركة والرياضة.
5. تناول الفيتامينات والمعادن الغذائية اللازمة.
6. إنقاص الوزن الزائد.
7. يمكن استخدام الملينات الطبيعية العشبية أو الزيوت الطبيعية الغذائية.

من الأغذية المفيدة لعلاج الإمساك:

(الجرجير ـ الخس ـ البقدونس ـ التفاح ـ الشمام ـ التين ـ البرقوق ـ التوت ـ زيت الزيتون ـ عرق السوس ـ جميع الخضروات المسلوقة والفاكهة الطازجة الغنية بالسوائل والألياف).

التضيق الشرجي (Anal stenosis):

يعتبر التضيق الشرجي هو تضيق بالفتحة الشرجية والصمام أو العضلة الشرجية.

الأعراض:

ومن أول أعراضه هو ضعف ورفع في هيئة البراز وصعوبة التبرز. وتعتبر هذه الأعراض مصدر قلق فقط عند حدوثها بشكل مفاجئ وخارج عن الطبيعة المألوفة للمريض.

وقد يؤدي ضيق فتحة الشرج إلى أعراض وشكوى أخرى كالشروخ الشرجية والبواسير بسبب التعصر الدائم للتبرز والضغط المستمر. ومع استمرار ظهور الشروخ والبواسير يزداد الضيق الشرجي والصعوبة بالتبرز وتسوء الحالة أكثر.

وتقسم عضلات المستقيم والشرج إلى ثلاثة أقسام. القسم الأول والثاني وهي عضلات إرادية يتحكم بها الإنسان ويتحكم بعملية التبرز. أما القسم الثالث فيوجد بالمستقيم وهي عضلات لاإرادية وهي التي تتعرض للضيق وتسبب التضيق الشرجي في أغلبية الأحيان. وتضيق المستقيم يشابه التضيق الشرجي بالأعراض والمضاعفات.

الأسباب:

قلة الحركة والرياضة والاضطرابات النفسية والعصبية. كما يعاني منها متناولو المنبهات كالقهوة والمواد المحتوية على نسبة عالية من الكافيين. وقد تكون مصاحبة للعديد من الأمراض العصبية المزمنة.

العلاج:

- الامتناع عن تناول المنبهات كالقهوة والكافيين.
- الحركة والرياضة.
- الراحة النفسية والذهنية.
- الملينات والمسهلات الخفيفة.
- تناول الأغذية المحتوية على الألياف ونسبة من السوائل.
- التوسيع اليدوي لفتحة الشرج من قبل الطبيب المختص. وهي عملية ناجحة وبسيطة وتجرى بالعيادة وفعالة لأغلبية الحالات.
- العملية الجراحية لقطع (بضع) بعض ألياف العضلة الشرجية وإرخائها Anal sphictero-tomy غير أن هذه العملية قد تتسبب بعدم التحكم التام بعملية التبرز أو الغازات وتسبب الإحراج للمريض.
- معالجة الأمراض المصاحبة كالبواسير والشروخ وأمراض القولون المزمنة والأورام وغيرها.

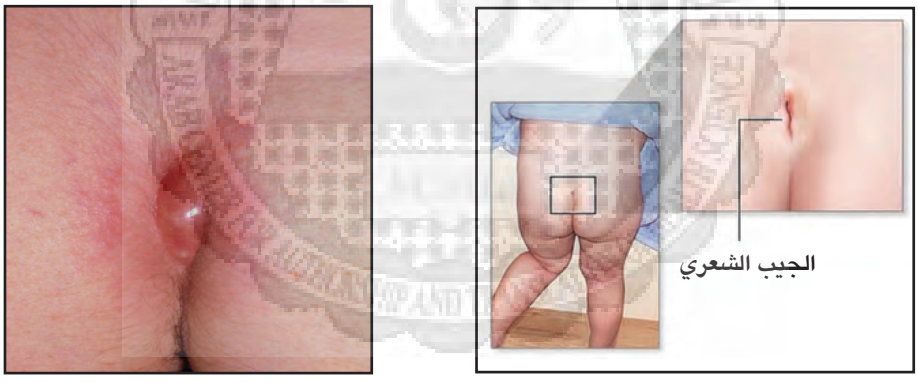
الناسور الشعري (الناسور العصعصي) (Pilonidal sinus):

تعريفه:

(الشكل 12): منطقة الأليتين مغطاة بالشعر وفتحة الناسور العصعصي

وهـو لـيس مـن الأمـراض الشرجية. غير أن المرضى يعتقدون ذلك ويدرج تحت الأمـراض حـول فتحة الـشـرج. وهـي حالة تصيب المنطقة العجزية بنهاية الظهر وبأعلى منطقة الأليتين. وهي عبارة عن ثقب أو ثقوب صغيرة تصل بين الجلد من الخارج والمنطقة العصعصية من الداخل (ناسور عصعصي) وتخرج منه الإفرازات والشعيرات الصغيرة.

وهـو يصيب الـذكـور أكثر مـن النساء ويصيب المجتمع بنسبة 2% وقد يتطور إلى خراج عصعصي وعدة نواسير عصعصية.



(الشكل 13): العجز العصعصي مع الخراج

الأسباب:

ويظهر مع البلوغ والشباب وهو نادر جداً بعد سن الأربعين. ويعتقد أن أسبابه هو عامل يتعلق بطبيعة الجلد والشعر في سن الشباب والهرمونات ونمو بصيلات الشعر التي تدخل تحت الجلد وفي الجلد. وتبدأ عملية رد فعل الجلد بالتعامل مع هذه الشعيرات كجسم غريب وبناء الالتهاب والتليف وحدوث الخراج العصعصي. وهو أكثر شيوعاً عند المرضى

للجلوس لفترات طويلة أو ركوب السيارة العسكرية والعنيفة. والاعتقاد بأن ذلك يسبب غرس الشعر بداخل الجلد.

العلاج:

- تنظيف المنطقة من الشعر وإزالته.
- علاج الالتهابات فور حدوثها.
- فتح الخراجات جراحياً.
- استئصال الناسور العصعصي جراحياً.
- إزالة سقف الناسور جراحياً للنواسير المتعددة وكحتها.
- أما في الحالات المعقدة والنواسير العديدة فنقوم باستئصال المنطقة العجزية كاملة بالأنسجة والنواسير وتغطية المكان برقعة (سديلة مُعينة الشكل) من الجلد من المنطقة المجاورة Rhomboid flap. وتعتبر هذه العملية من العمليات الناجحة لحالات الناسور العصعصي المعقدة والكثيرة.

الفصل الرابع

أمراض الشرج والمستقيم لدى الأطفال

أنواع الرتق والانسدادات الشرجية لدى الأطفال:

المقدمة والتاريخ:

التشوهات الشرجية تشتمل على مجموعة واسعة من الأمراض التي يمكن أن تؤثر على الفتيان والفتيات، وتنطوي على الشرج والمستقيم والمسالك البولية والتناسلية. وتتراوح من عيوب طفيفة يمكن إصلاحها وعلاجها بسهولة إلى عيوب معقدة وصعبة مرتبطة في معظم الأحيان بعيوب خلقية مختلفة.

وكان الرتق الشرجي (Imperforated anus) معروفاً منذ العصور القديمة. حيث قام الأطباء بعمل فتحة في العجان للأطفال الذين يعانون من فتحة الرتق الشرجي. ومن الأطفال الذين عاشوا هم أغلبية الظن الحالات التي تسمى الآن بالعجان الرتقي المنخفض. وهناك تقارير قديمة عن إجراء تمزيق للغشاء الذي يغطي فتحة الشرج باستخدام الإصبع من قبل الأطباء في السابق. وتقارير تدل على إجراء فغر للقولون عام (1783) لكن معظم الحالات توفيت. وفي عام (1700 و1800) اقترح العديد من الأطباء أن يتم فتح الصفاق للوصول إلى الأمعاء في حالة عدم وجوده من أسفل واتصاله بالشرج. وفي منتصف (1900) أصبح إجراء العملية في مرحلة واحدة بدلاً من العديد من المراحل وتسمى جراحة الإجراء البطن العجاني (Abdominoperineal procedure) وتشمل على استئصال القولون السيني المستقيمي.

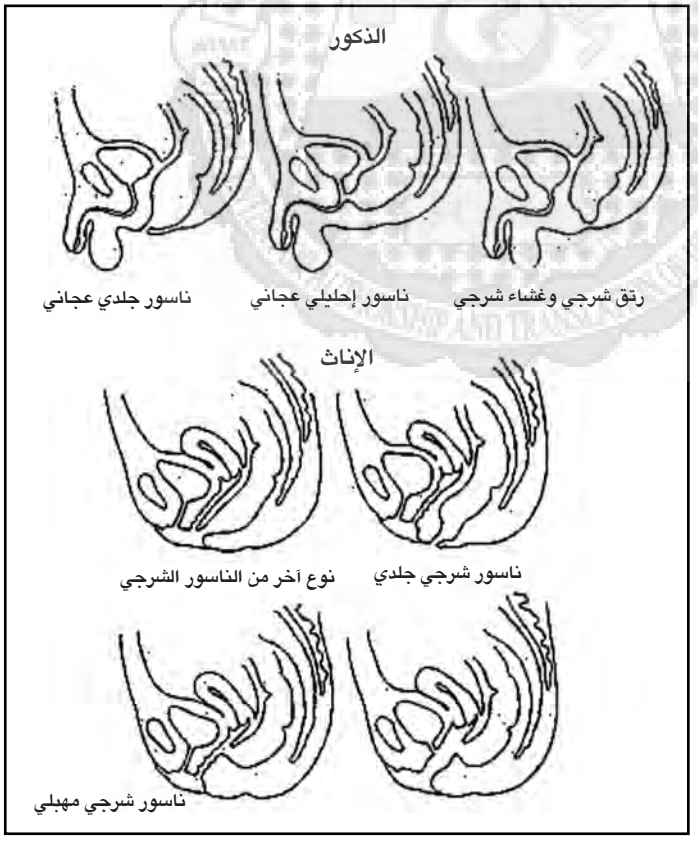
ووصف إجراء ستيفنس الذي أكد على مرور المستقيم في حبال العانية المستقيمية. وفي أوائل (1980) كانت الجراحة والتعديلات قد تطورت إلى التشريح بالقرب من مجرى البول الخلفي. وأظهرت زيادة في طول الشق العجاني ورأب الشرج والقولون الخلفي السهمي. وفي عام (1835) كان أموسات (Amussat) أول من أخاط جدار المستقيم على حواف الجلد. وخلال 60 عام الأولى من القرن العشرين قام الجراحون بعملية العجان دون فغر القولون (Colostomy) وما يسمى بالتشوهات المنخفضة. أما تشوهات الرتق الشرجي المرتفعة فكانت تقام بعمل فغر القولون عند حديثي الولادة. لقد تم تغيير وتطوير العمليات الجراحية للتشوهات الشرجية عند الأطفال بشكل كبير منذ (1980).

الوبائيات ونسبة الحدوث:

لقد بينت الإحصائيات أن متوسط الإصابة في جميع أنحاء العالم تصل إلى 5000/1 حالة ولادة حية. وهي أكثر شيوعاً في بعض الدول كإفريقيا بسبب ارتفاع معدل الخصوبة وسوء التغذية والرعاية الأولية قبل الولادة تكون مفتقدة. والتشوهات الشرجية أكثر شيوعاً بين الذكور عن الإناث. فهم أكثر عرضة للتشوهات الشرجية بنسبة مرتين عن الفتيات. وتكون بعض العائلات أكثر عرضة لاستعدادها الوراثي العالي. وقد يكون الرتق الشرجي مصاحباً للعديد من المتلازمات المرضية. وقد يحدث الرتق الشرجي على حده أو يكون مصاحباً لرتق الإثنا عشري Duodenal atresia أو الناسور الرغامي Tracheoesophgeal fistula أو تشوهات العمود الفقري والكلى. ويكون مصاحباً لبعض حالات الداون Down's syn-drome. و 60% من الحلات تكون مصاحبة لتشوهات وعيوب بالمجرى البولي.

تصنيف الحالات:

تم تصنيف للحالات حسب الأوضاع العلاجية والتشخيصية. ففي الذكور توجد نسبة 85% لديهم ناسور بين المستقيم والمجرى البولي (Rectourinary fistula) 35% من الذكور



(الشكل 14): أنواع الناسور

لديهم ناسور منخفض عجاني، بينما يعاني 95% من الإناث من ناسور خارجي External fistula. وأكثر العيوب عند الإناث هي الناسور المستقيمي الدهليزي rectovestibular fistula. وتحدث الحالة نتيجة سوء وخلل في النمو الجنيني. وتنقسم إلى عالية Supralevator (فوق الرافعة الشرجية) ونسبتها 40% من العيوب الخلقية الشرجية وتسمى أيضاً عدم تخلق الشرج والمستقيم (Anorectal agenesis)، حيث لا يتواجد الشرج ولا القناة الشرجية وينتهي المستقيم أعلى العضلات الرافعة للحوض. ويكون مصاحباً لتشوهات خلقية بالجهاز البولي والعمود الفقري واختلال في الأعصاب التي تصل إلى عضلات الحوض، كما قد تصاحبها نواسير بين المثانة والمستقيم، أو المهبل ومجرى البول.

أما العيوب الخلقية المنخفضة ونسبة حدوثها 40% وتتضمن النوع الدهليزي أو العجاني أو الفرج (Perineal,vestibular,vulvar)، كما تتضمن الشرج الانسدادي والتضيق الشرجي والغشاء الشرجي. أما النوع المتوسط فهو بنسبة 15% من العيوب الخلقية الشرجية لدى الطفل وهو عدم خلق أو تواجد الشرج (Anal agenesis) وقد يكون مصاحباً لمرض متلازمة لارسين Larsen`s syndrome. أما النوع الأخير فيشمل 5% من الحالات الخلقية وهي التلم العجاني Perianal groove وغشاء الشرج الدائم Persistent anal membrane.

(الجدول 1): تصنيف التشوهات الشرجية حسب الجنس

ذكر	أنثى
الناسور العجاني	الناسور العجاني
ناسور مستقيمي إحليلي ويصل إلى البروستاتة	ناسورمستقيمي دهليزي
ناسور مستقيمي يصل إلى المثانة	استمرار وبقاء المزرق الجنيني
رتق الشرج دون ناسور	رتق الشرج دون ناسور
رتق المستقيم	رتق المستقيم
مجموعة من العيوب الخلقية	مجموعة من العيوب الخلقية

إن سبب التشوهات الخلقية غير معروف على وجه الدقة. والتشوهات الخلقية الشرجية قد تحدث نتيجة فشل في نمو غشاء المذرقية أو فشل إعادة الاستقناء من القناة الشرجية المغلقة والثانوية أثناء الحياة الجنينية.

الأعراض الإكلينيكية:

عند استدعاء الطبيب ليفحص الحالات الإكلينيكية في الذكور حديثي الولادة المصابين بتشوهات خلقية شرجية فلابد من إجراء فحص وكشف دقيق للعجان. ويجب الانتظار 24 ساعة قبل إعطاء قرار إجراء فغر للقولون بعد ولادة المولود. والسبب هو أن مرور العِقْيّ (Meconium) من فتحة صغيرة كالناسور تحتاج إلى الضغط المرتفع والوقت الكافي للظهور. وهى العلامة الاكثر قيمة لتحديد وجود وموقع الناسور الشرجي والعجاني. أما إذا وجدت العِقْيّ في مجرى البول، فهذا يؤكد وجود ناسور بين العجان ومجرى البول. ولا تظهر التقنيات الإشعاعية التشريح الحقيقي قبل 24 ساعة بسبب تضيق وعدم تمدد المستقيم ويحتاج إلى بعض الوقت للامتلاء والانتفاخ وظهور العلامات.

التوجيهات:

خلال الـ 24 ساعة الأولى من حياة الطفل المولود بتشوهات للشرج أو الجهاز الهضمي، يجب إعطاء الطفل المحلول الوريدي المغذي والسوائل اللازمة والمضادات الحيوية الواقية. ويجب فحص الطفل فحصاً شاملاً يشمل الجهاز الدوراني والتنفسي والهضمي والبولي. والتحقق من عدم وجود انسداد في البلعوم والمريء. ويتم ذلك بوضع الأنبوب الأنفي المعدي Nasogastric tube. ويجب عمل مخطط صدى القلب Echocardiogram للتحقق من عدم وجود تشوهات في القلب. ويتم عمل إشعات للصدر والعمود الفقري وسونار (فائق الصوت) للعمود الفقري للتحقق من عدم وجود تشوهات للحبل الشوكي. وعمل سونار للبطن.

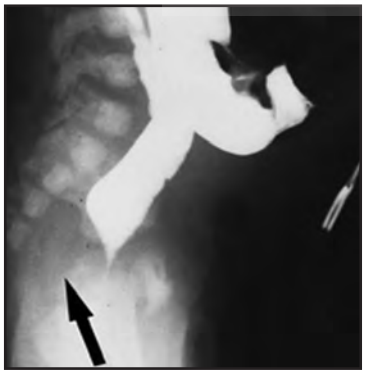
كيفية أخذ القرار بإجراء أو عدم إجراء فغر للقولون للأطفال المصابين بالتشوهات الخلقية للشرج:

الذكر المولود بالتشوه الخلقي لفتحة الشرج:

الفحص العجاني (Perineal inspection):

يجب أن يتم أولاً فحص العمود الفقري، منطقة العجز، عمل سونار للعمود الفقري والكلى والقلب وتحاليل الدم والبول، والتحقق من عدم انسداد المريء ومن ثم يتم الفحص العجاني خلال الـ 24 ساعة الأولى.

1. إذا وجد ناسور شرجي يتم عمل رأب للشرج Anoplasty.



(الشكل 15): الأشعة تظهر توقف الصبغة عالياً بالقولون

2. إذا وجدت غازات في الأشعات أسفل مستوى منطقة العجز مع عدم وجود أي تشوهات أخرى فيتم عمل رأب شرجي سهمي خلفي للقولون والشرج Posterior sagittal ano–rectoplasty.
3. إذا أظهرت الأشعات انسداداً عالياً وغازات أعلى مستوى منطقة العجز، مع وجود تشوهات أخرى فيجب إجراء الفغر القولوني (Colostomy).

الإناث المولودات بتشوهات خلقية لفتحة الشرج:

يجب عمل فحص عيني شامل كالذكور والتأكد من عدم وجود تشوهات خلقية شديدة.

1. إذا وجدت فتحة واحدة فقط في منطقة العجان (Perineum)، فيجب عمل فغر قولوني.
2. إذا وجد ناسور في منطقة العجان فيجب عمل رأب.
3. إذا وجد ناسور متصل بمنطقة المهبل والجهاز التناسلي، فيجب عمل فغر قولوني وتصحيح العيب الخلقي جراحياً.
4. إذا أظهرت الأشعات أن المستقيم عال مع وجود ناسور مرتفع فيجب عمل فغر قولوني.

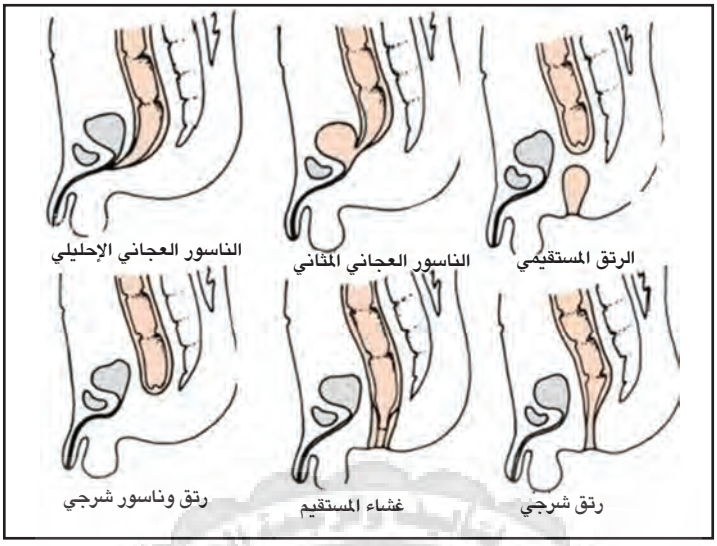
ومن المعروف أن الناسور الدهليزي (Vestibular fistula) عند الإناث هو الأكثر شيوعاً ويتم علاجه أولاً بالامتناع عن الطعام لمدة 7 أيام وإعطاء المحاليل الوريدية عوضاً عن الطعام. ومن ثم الإعداد لعمل الفغر القولوني. وفي أقل من 5% من الإناث لا يوجد ناسور مرئي للعين. ولا يمر البراز الأخضر الأولي خلال الـ 24 ساعة الأولى ويحتاج هؤلاء الإناث لعمل أشعة جانبية للتأكد من الحالة (Lateral prone x-ray).

المشكلات المصاحبة لحالات التشوهات الخلقية الشرجية:

عند تقييم هذه الحالات فلا يمكن تقسيمها إلى حالات عالية، ومتوسطة ومنخفضة. ومثال على ذلك الناسور البروستاتي المستقيمي وناسور عنق المثانة تعتبر من النواسير العالية ولكنها مختلفة تماماً ويكون تصحيح بعضها بعمليات غير معقدة. وخاصه بعد تقدم العمليات الجراحية وطرق الوصول إلى الجزء المطلوب.

ومن المشكلات:

1. الناسور الشرجي وأنواعه.
2. انسداد القولون.
3. الإمساك.
4. التبرز اللاإرادي.
5. الناسور المثاني أو الإحليلي أو البروستاتي والمهبلي وغيرها.



(الشكل 16): أنواع التشوهات الشرجية

(الشكل 17): رتق شرجي ضامر

1 ـ الرتق الشرجي الضامر (Anal atresia):

هي عيب خلقي منذ الولادة وهي عبارة عن انسداد أو عدم وجود فتحة الشرج. وفتحة الشرج هي نهاية القناة الشرجية حيث يخرج البراز.

أنواع الرتق الشرجي:

- ينتهي المستقيم بحقيبه أو جيبة مغلقة Blind pouch لا تتصل بالقولون.
- يفتح المستقيم بمجرى البول أو المثانة أو قاعدة القضيب أو كيس الصفن أو المهبل.
- ضيق شديد في فتحة الشرج.

الأعراض:

- فتحة شرج قريبة جداً من فتحة المهبل لدى الإناث.
- الطفل لا يمرر البراز الأول خلال (24-48) ساعة بعد الولادة.
- فتحة الشرج مفقودة أو موقعها مختلف.
- البراز يمر من المهبل أو قاعدة القضيب أو كيس الصفن أو من مجرى البول.
- انتفاخ البطن.

ويمكن للطبيب تشخيص الحالة بالفحص العيني والأشعات المختلفة. ويجب فحص الطفل فحصاً شاملاً للمشكلات المصاحبة لاسيما العيوب الخلقية والمشكلات المصاحبة لمجرى البول والجهاز التناسلي والعمود الفقري.

العلاج:

إجراء عملية جراحية تصحيحية.

2 ـ الغشاء الشرجي (Anal membrane):

ويعاني الأطفال من وجود غشاء يغطي فتحة الشرج ولا يمكن التبرز، ويؤدي إلى انتفاخ القناة الشرجية والمستقيم.

العلاج:

إجراء عملية جراحية لإزالة الغشاء.

3 ـ التضيق الشرجي (Anal stenosis):

هو ضيق في فتحة الشرج وعضلة الشرج. ومن أول أعراضها ظهور البراز بهيئة ضعيفة وصعوبة التبرز. ويكون السبب الرئيسي في التضيق هو خلل تكون الصمام الشرجي.

العلاج:

التوسعة يدوياً، تحت تأثير التخدير، وهذا النوع من التشوهات الخلقية يمكن أن تعالج دون إجراء عمليات جراحية. حيث يمكن في معظم الحالات توسعة فتحة الشرج يدوياً ودورياً لتمديد العضلات الشرجية ويمكن للبراز المرور بسهولة بعد عدة جلسات من التوسيع. أما إذا كان الضيق مصاحب لموقع خاطىء لفتحة الشرج فسيتطلب إجراء عملية جراحية لتعديل موضع فتحة الشرج. عن طريق إجراء قطع من جانب واحد في العضلة العاصرة للتخفيف من حدة التوتر، يسمى الشق الوحشي أو الجانبي للعضلة العاصرة وهو ما يعرف بقطع المصرة Lateral sphincterec tomy.

4 ـ شرج منتبذ (Ectopic anus):

وتكون فتحة الشرج فى موضع غير صحيح ويتسبب في انسداد فتحة الشرج أو صعوبة بالتبرز. وقد يكون مصاحباً لتشوهات المستقيم والقناة الشرجية أو القولون. وهذا

النوع من التشوه الخفيف يسمى الشرج المنتبذ الأمامي. معظم هؤلاء الأطفال يراجعون العيادة الطبية بسبب الإمساك الشديد الذي يترافق مع هذا الاضطراب. وهؤلاء الأطفال غالباً ما يكون لديهم مدى الحياة مشكلات مع الإمساك بغض النظر عن الموقع الفعلي للشرج.

التشخيص:

من طرق التشخيص المستخدمة: قياس مؤشر الشرج (Anal position index).

العلاج:

رأب الشرج.

5 ـ الرتق الشرجي (Imperforated anus):

(الشكل 18): الرتق الشرجي

وهي من التشوهات الشرجية وقد تشتمل على مجموعة واسعة من العيوب الخلقية في الجزء الأخير من الأمعاء والمسالك البولية والتناسلية. حيث يحدث عدم اكتمال لنمو القولون ووصوله إلى القناة الشرجية يؤدي إلى انسداد في مسار الجهاز الهضمي وعدم قدرة الطفل على التبرز. وقد تكون مصاحبة لدرجة من التغير والتشوه في العمود الفقري والأعصاب المصابة لهذا الجزء من القولون.

وعدم انثقاب الشرج هي مشكلة خلقية (موجودة منذ الولادة) تكون فيه فتحة الشرج غير موجودة أو مسدودة. فتحة الشرج هي الفتحة المؤدية للمستقيم والتي من خلالها يتم التخلص من البراز إلى خارج الجسم. عادة ما يتم اكتشاف هذا العيب الخلقي عند الأطفال حديثي الولادة خلال فحصهم الأول.

(الشكل 19): عدم انثقاب الشرج

وهذه التشوهات المرضية نادراً ما تكون قاتلة على الرغم من بعض الحالات النادرة المرتبطة بالقلب والكلى التي يمكن أن تهدد حياة الطفل. كما يمكن حدوث ثقب بالأمعاء أو مضاعفات ما بعد الجراحة التصحيحية قد تؤدي إلى وفاة الطفل حديث الولادة.

وينقسم إلى نوعين من الانسداد:

رتق شرجي مرتفع (High imperforated anus):

وهو الانسداد البعيد عن القناة الشرجية ويتطلب عدة عمليات جراحية لتصحيحة.

رتق شرجي منخفض (Low imperforated anus):

وهو انسداد قريب من القناة الشرجية ويسمى الرتق الشرجي المنخفض Imperforated anus low. وهي حالة يكون فيها الشرج غير مفتوح من المستقيم إلى الخارج نتيجة إخفاق تمزق الغشاء المذرقي. وقد يكون هناك انضغاط بسيط في منطقة الشرج، وقد يكون الشرج كامل التكون، ولكنه مفصول عن المستقيم بغشاء رقيق عند فتحة الشرج قريبة جداً من فتحة المهبل عند البنات. أو يمكن أن تكون فتحة الشرج مفقودة أو في مكان غريب. وأهم عرض للرتق الشرجي عدم مرور البراز الأولي في غضون 24 إلى 48 ساعة بعد الولادة. ويمر البراز من المهبل، أو من خلال القضيب وكيس الصفن، أو الإحليل. ويعالج بعملية جراحية بسيطة.

التشخيص:

يمكن للطبيب تشخيص هذه الحالة أثناء الفحص البدني للطفل وقد يوصي بإجراء بعض صور الأشعة للتأكد.

المضاعفات:

- عدم القدرة على التحكم بعملية التبرز.
- الإمساك.
- الانسداد المعوي.
- سلس البراز من الأمعاء.

العلاج:

ينبغي فحص المولود عن أية مشكلات أخرى، خصوصاً تلك التي تؤثر على الأعضاء التناسلية والمسالك البولية والعمود الفقري. يكون العلاج بإجراء جراحة «إعادة بناء فتحة الشرج» للطفل، وإذا كان المستقيم متصلاً مع أعضاء أخرى، فإنه يتم إغلاق هذه القنوات وفي كثير من الأحيان يتطلب ذلك الأمر عملية مؤقتة تسمى «فغر القولون»، وهي عبارة عن إنشاء فتحة مؤقتة في البطن من الأمعاء الغليظة (القولون) للسماح بخروج البراز ويوضع عليها كيس للتفريغ. تتضمن العملية الجراحية إنشاء فتحة لمرور البراز. أما في حالة عدم وجود

الفتحة الشرجية نهائياً، فالأمر يتطلب تدخل جراحي طارئ للمولود. وتتم عملية الإصلاح الجراحية تحت تأثير التخدير العام بحيث يكون الطفل في نوم عميق ولا يشعر بأي ألم.

في حالة النوع العالي لعدم انثقاب الشرج عادة يتم إنشاء فتحة مؤقتة في البطن من الأمعاء الغليظة (القولون)، للسماح بمرور البراز وهذه العملية تسمى «فغر القولون». هذه العملية تمنح الطفل فترة من الوقت قد تصل لعدة أشهر لكي ينمو أكثر قبل القيام بالإصلاحات الأكثر تعقيداً للشرج.

يتضمن إصلاح الشرج يتضمن شق للبطن وتحرير القولون من مكانه في البطن للسماح بإعادة وضعه في مكانه الصحيح. بعدها يتم سحب نهاية المستقيم الصماء إلى أسفل في مكان فتحة الشرج الجديدة، وتكتمل بهذا فتحة الشرج. قد يتم إغلاق «فغر القولون» في هذه المرحلة، أو يمكن أن يترك في مكانه لبضعة أشهر أخرى ثم يغلق في مرحلة لاحقة.

في النوع المنخفض لعدم انثقاب الشرج (والذي غالباً ما يحتوي على الناسور) يتضمن إغلاق للناسور، وإنشاء فتحة شرج جديدة، وإعادة وضعية نهاية المستقيم مع فتحة الشرج. التحدي الرئيسي في إصلاح كلا النوعين العالي والمنخفض هو العثور على واستعمال وترميم الشبكة العصبية والعضلية الكافية حول المستقيم والشرج لإعطاء الطفل القدرة على التحكم في التبرز.

6 ـ فتحة الشرج العجاني (Perineal anus):

وهي من فتحات الشرج في موضع غير طبيعي ويتم تصحيحها بعملية جراحية. ويكون فحص حديثي الولادة مركزاً على التشوهات الخلقية. وينبغي الاهتمام عند الذكور بطول القضيب والجلد المحيط بالقضيب وللقلفة وموقع فتحة البول وكيس الصفن والتشوهات لفتحة الشرج والعمود الفقري لأن العديد من التشوهات الخلقية للشرج قد تكون مصاحبة لتشوهات الجهاز البولي. ويتم فحص الطفل بوجود الوالدين أو إحداهما والطاقم الطبي المختص من الطبيب والتمريض.

7 ـ ناسور عجاني مستقيمي (Rectoperineal fistula):

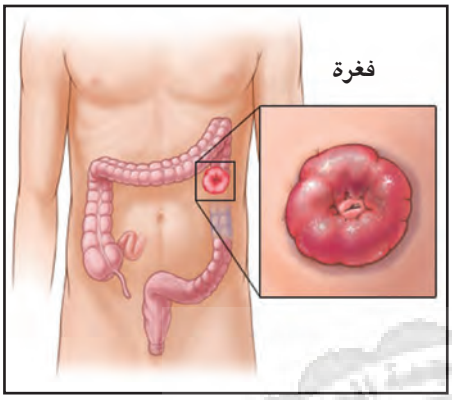
ويحتاج إلى إجراء عملية جراحية تصحيحية وقد يحتاج إلى عمل فغر قولوني مؤقت.

تجرى العملية الجراحية عند عدم وجود اتصال بين المستقيم والشرج مع وجود أو عدم وجود ناسور مصحب للحالة يحتاج الرضيع إلى عدة عمليات لإصلاح هذا النوع من التشوهات الخلقية:

الخطوة الأولى:

فغر القولون:

مع فغر القولون يتم تقسيم الأمعاء إلى قسمين وجلب نهايات الأمعاء من خلال فتحات في البطن. القسم العلوي يسمح بمرور البراز من خلال فتحة تسمى بالفغرة (Stoma)، ومن ثمّ تتجمع في كيس موضوع سطحياً على البطن من الخارج. القسم السفلي يسمح بمرور المخاط الذي ينتج من الأمعاء ويجمع بالكيس الخارجي.



(الشكل 20): الفغرة

بعمل الفغر لن تتأثر عملية الهضم لدى الطفل. ويكون النمو طبيعياً لحين موعد إجراء العملية اللاحقة. ويتم تعيين طاقم من التمريض والأطباء المتخصصين برعاية الفغر لمتابعة الطفل بصورة مستمرة.

الخطوة الثانية:

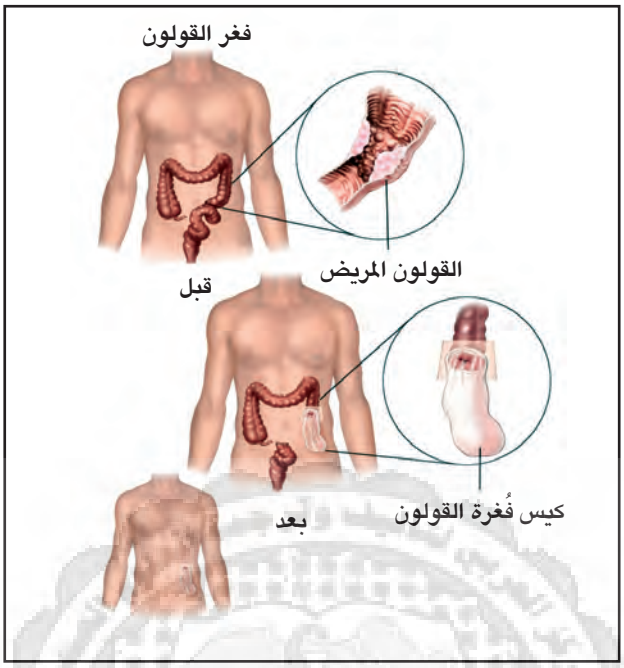
إرفاق المستقيم إلى فتحة الشرج:

ويتم في غضون الأشهر القليلة الأولى من حياة الطفل. يبقى الفغر في موضعه لعدة أشهر بعد إجراء العملية بحيث يمكن أن تلتئم منطقة العملية دون وجود أي التهابات من التلوث بالبراز. فيتم وصل المستقيم والشرج ولكن بإبقاء الفغر ويتم خروج البراز من الفغر لحين غلقها جراحياً بعد شفاء الوصله بين الشرج والمستقيم. ويمكن للوالدين بعد عدة أسابيع عمل التوسعة اليدوية لفتحة الشرج بتوجية من الطبيب المختص لمساعدة الطفل على سهولة التبرز.

الخطوة الأخيرة:

إغلاق الفغر:

بعد شهرين أو ثلاثة يتم إجراء عملية غلق لفغر القولون. لا يسمح للطفل أن يأكل شيئاً لبضعة أيام بعد خضوعه للعملية الجراحية الأخيرة لحين أن يتم شفاؤه. ويبدأ الطفل بتمرير البراز من فتحة الشرج بعد عدة أيام من العملية. في البداية ستكون العملية متكررة للبراز وسائلة. ويمكن أن يؤدي سيولة البراز إلى طفح جلدي حول منطقة الشرج. ولكن بعد عدة أسابيع يصبح البراز أقل سيولة وأكثر صلابة قد يصل إلى حالة الإمساك. ويوصي الأطباء باستخدام الخضروات والعصائر والحبوب المليئة بالألياف لتفادي الإمساك.



(الشكل 21): فغر القولون

التوقعات للطفل على المدى البعيد:

إن الأطفال الذين لديهم نوع التشوهات التي تنطوي على الغشاء الشرجي أو الممر الضيق للشرج، يكون لديهم غالباً قدرة على التحكم والسيطرة لحركة الأمعاء. أما الحالات الأكثر تعقيداً فيحتاجون للمشاركة ببرنامج إدارة الأمعاء من أجل مساعدتهم على تحقيق السيطرة على حركة الأمعاء ومنع الإمساك. ويمكن للممرضات وغيرهم من العاملين في مجال الرعاية الصحية التي تعمل مع الأطباء لمساعدة الطفل على التكيف وتلبية حاجات الطفل.

يجب أن يبدأ تدريب الطفل على المرحاض في السن المعتاد الذي هو عادة بين سن سنتين وثلاث سنوات من العمر. ومع ذلك يمكن للطفل الذي لديه تشوهات خلقية شرجية وتم إصلاحها أن يكون أبطأ من غيره لكسب السيطرة على الأمعاء. وهناك من يجدون صعوبة بالتبول والتحكم بالبول. ويتم متابعتهم من قبل اختصاصي المسالك البولية لمتابعة الحالة وعلاجها وتشخيصها.

أنواع أخرى من الأمراض الشرجية لدى الأطفال:

الحكة الشرجية عند الأطفال:

الحكة هي عرض وليست مرضاً وقد تكون من أعراض العديد من الأسباب المرضية،

وتصاحب الحكة الشرجية لدى الأطفال ألم وانزعاج، وتزداد ليلاً خلال نوم الطفل، مما يسبب البكاء والاضطراب للطفل. وهي أكثر شيوعاً بين سن الروضة والابتدائي أي من 3 إلى 8 سنوات.

أسبابها:

1. الديدان الدبوسية الخيطية: وسببها عدوى وتلوث الأيدي. حيث تنتقل الإصابة عن طريق الأيدي بنقل بيض الديدان عبر الفم والأمعاء وتسكن منطقة المستقيم وتخرج الإناث ليلاً لوضع البيض خارج فتحة الشرج مما يتسبب بالحكة الشديدة ليلاً.
2. زيادة الرطوبة والبلل لمنطقة الشرج.
3. الملابس الصوفية أو الضيقة أو غير النظيفة.
4. التهاب الجلد حول منطقة الشرج بالفطريات.
5. حساسية الجلد أو الإكزيمة.
6. الصدفية.
7. التقرحات والدمامل والبواسير قد تؤدي إلى تهيج وحكة.
8. وقد تؤدي الحكة الشرجية إلى التهابات ودمامل شرجية أو نزف دم خفيف وسطحي. كما قد تؤدي عند الإناث إلى التهاب في منطقة الفرج لقربها منها.

الفحص:

يجب أن يتم الفحص من قبل طبيب أطفال متخصص للتأكد من السبب الرئيسي للحكة. ويتم بفحص منطقة الشرج والفحص العام إن استدعى الأمر.

الوقاية:

1. النظافة العامة ونظافة منطقة الشرج.
2. غسل اليدين.
3. الحفاظ على منطقة الشرج جافة.
4. أدوية علاج الديدان.
5. علاج الإكزيمة إن وجدت.
6. تفادي الألبسة المسببة للحساسية.

الشرخ الشرجي:

ويعتبر الشرخ الشرجي لدى الأطفال من المشكلات البسيطة غير أنها قد تؤدي في بعض الحالات إلى مشقة ومضاعفات إن لم يتم تشخيصها على وجه السرعة. وتؤثر الشروخ على الأطفال بين سن 6 أشهر إلى 24 شهراً بشكل عام وبين سن الروضة والابتدائي.

والشرخ الشرجي هو قطع ميكانيكي ناتج من مرور البراز الصلب من فتحة الشرج وعمل قطع سطحي في الشرج وقد يتطور إلى قرحة مزمنة. ومن علامات الشروخ المزمنة وجود الجلد الزائد أو الحارس عند مدخل الشرج.

الفيزيولوجيا المرضية:

من المحتمل سببها نقص التروية الدموية للغشاء الشرجي.

مسبباتها:

1. الإمساك المزمن.
2. العدوى والالتهابات الشرجية والفطرية للشرج.
3. مصاحب لأمراض القولون والأمعاء.

الأعراض والتشخيص:

عادة ما يتم التشخيص خلال الفحص البدني والتاريخ المرضي للطفل. ويكون هناك تاريخ مرضي من الإمساك المتكرر. وقد يبكي الطفل مع حركات الأمعاء وعند التبرز. ويلاحظ وجود شريط من الدم الأحمر على سطح البراز الصلب. أو حفاضات الطفل أو المناديل الورقية الخاصة بدورات المياه. ويجب استبعاد الأمراض الأخرى المصاحبة لمثل هذه الأعراض كالطفح الجلدي أو الحمى وتقرحات الفم والجلد وفقدان الوزن والإسهال وآلام البطن والمشكلات النفسية والعصبية التي يمكن أن تؤثر على نوعية وكيفية البراز والتبرز. ومن الأعراض:

- آلام عند التبرز والبكاء الشديد لدى الطفل.
- حكة شرجية ويشتكي منها الأطفال الأكبر عمراً.
- الدم القليل الأحمر عند التبرز.
- يتم الكشف عنها مبدئياً من قبل الوالدين عند الرؤية العينية للقطع أو الدم المصاحب للبراز.
- أما الأطفال الأكبر سناً فقد يصعب رؤية القطع أو الشرخ.
- يحتاج الطفل في جميع الأحوال إلى مراجعة الطبيب المختص للأطفال وذلك للفحص الإكلينيكي والتأكد من الحالة.
- يظهر الشرخ كتمزق في الغشاء الشرجي في الخط الوسطي الخلفي عادة أما القطع الأمامي فأقل حدوثاً. وفي حالة الشرخ المزمن يتكون نسيج حبيبي من تكرار الالتهابات (Epithelialized tissue) وظهور الجلد الخارجي (العلامة الحارسة) في قاعدة الشرخ.

العلاج:

النظافة الشرجية.

- تفادي الإمساك والإسهال الشديد.
- المراهم التي تساعد على سرعة التئام الشروخ.
- علاج الأمراض الصحية العامة التي تصاحب وتسبب الشروخ.

عدم التحكم بالبراز:

يعتمد التحكم بالبراز على عوامل ثلاثة رئيسية وهي العضلات العاصرة الطوعية، والعصب الحسي لقناة الشرج، وحركة القولون. وأما العضلات الطوعية العاصرة فهي العضلة الرافعة للحوض والعضلة العاصرة الخارجية لصمام الشرج. وهي تعمل لفترات قصيرة جداً عند وصول البراز إلى المستقيم بفعل الدفع والتقلص اللاإرادي للقولون والدفع المستمر للبراز باتجاه المستقيم.

المرضى الذين يعانون من التشوهات الشرجية يصاحبهم اضطراب بالعضلات الطوعية العاصرة والحس العصبي للشرج مما يسبب لهم تبرزاً لاإرادياً.

أما القناة الشرجية فالإحساس مرتفع في جدارها عند الأصحاء باستثناء المرضى الذين يعانون من رتق المستقيم. يولد معظم هؤلاء المرضى دون وجود قناة شرجية وبالتالي فإن الإحساس غير موجود أو بدائي. عند هؤلاء المرضى يلاحظ وجود الشعور بانتفاخ وامتلاء المستقيم الذي يؤهل عملية التبرز، غير أن الإحساس بالسوائل والبراز السائل قليل.

أما حركة الأمعاء وهي الثالثة ذات الأهمية لعملية التبرز، تعتبر من أهم العوامل حيث تعتبر المحفز لبدء عملية التبرز. فعند امتلاء القولون المستقيمي السيني Rectosig-moid يتسبب في الانتفاخ والضغط على جدار القولون بإرسال إشارات عصبية إلى الدماغ والعمود الفقري ومن ثم إلى العضلات فى الشرج وعضلات الحوض للاستعداد لبدء عملية التبرز بارتخاء عضلة الصمام، والقناة الشرجية والمستقيم بالتقلص لدفع البراز إلى الخارج.

عند المرضى المصابين بتشوهات الشرج يوجد لدى معظم الحالات اضطراب بحركة القولون السيني المستقيمي أو القولون عامة. كما أن المرضى الذين خضعوا لعملية رأب الشرج والقولون السهمي الخلفي أو من يعانون من تشوه خلقي أو جراحة من نهج آخر كالعجزي العجاني فهم جميعاً يعانون من اضطراب بحركة القولون. ويصابون أيضاً بالإمساك الشديد وتضخم القولون. وفي الحالات الشديدة من تضخم الجزء الأخير من القولون والتسبب بالإمساك الشديد فيتم في بعض الحالات استئصال الجزء المصاب بضعف في الحركة.

أما المرضى الذين يعانون من سلس برازي فيتم توجيههم إلى برنامج إعادة تأهيل أو إدارة عمليه التبرز. وهى تعلم المريض وأسرته كيفية تنظيف القولون مرة واحدة يومياً، وذلك يبقيه نظيفاً لمده 24 ساعة. ويتم باستخدام الحقن الشرجية. ويستخدم مع المرضى الذين ليس لديهم حركات طوعية إرادية للأمعاء. و 75% من المرضى الذين يعانون من التشوهات الخلقية الشرجية لديهم حركة الأمعاء الطوعية موجودة ونحو 50% منهم لديه تبرز لاإرادي أو سلس برازي. ومعظمها مصاحبة للإمساك الشديد وعند علاج الإمساك يتوقف السلس البرازي الخفيف. و40% ليس لديهم سلس برازي.

المراجع

References

- Topical L–Arginine Gel Lowers Resting Anal Pressure Possible Treatment for Anal Fissure N. Griffin، D. D. E. Zimmerman، J. W. Briel، H.–J. Gruss and M. Jonas، et al. Pages 1332–1336
- Diseases of the Colon & Rectum Volume 37، Number 5، 424–429، DOI: 10.1007/BF02076185.
- Gilliland R، Wexner SD. Complicated anorectal sepsis. Surg Clin North Am. 1997:77:115–153.
- The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery،Beck،D.E:Wolff، B.G:Fleshman،j.W:Pemberton،JH:Wexner،S.D(Eds)،2007.
- Ambulatory Anorectal Surgery،H.Randolph Bailey،Micheal J.Snyder.2000.
- Atlas of anorectal surgery، Richard A. Lockwood
- Essentials of anorectal surgery، Santhat Nivatvongs، Philip H. Gordon، Stanley M. Goldberg1980،.
- Falcone RA, Levitt MA, Pe?a A., Bates MD. Increased heritability of certain types of anorectal malformations. Journal of Pediatric Surgery (42) 124-128, 2007.
- Levitt M, Falcone R, Pena A: Pediatric Fecal Incontinence. In Fecal Incontinence: Diagnosis and Treatment Edited by: Ratto C, Doglietto GB. Springer-Verlag; 2007:341-350.
- Pena A, Levitt M: Anorectal malformations. In Pediatric Surgery and Urology: Long term outcomes 2nd edition. Edited by: Stringer M,Oldham K, Mouriquand PDE. Cambridge: Cambridge University-Press; 2006:401-415.

في هذا الكتاب

«الأمراض الشرجية» اسم يطلق على أمراض القولون بأنواعها المختلفة وهي عبارة عن أمراض متعددة مثل البواسير والشرخ الشرجي، وغيرها من الأمراض التي غالباً ما تحتاج إلى تدخل جراحي، حيث إن الأمراض الشرجية من أكثر الأمراض الجراحية التي نشاهدها في عيادات الجراحة. والهدف من تأليف هذا الكتاب هو تثقيف المرضى وأعضاء المهن الطبية غير المتخصصين في هذا المجال بأعراض الأمراض الشرجية والمساعدة في تشخيص المصابين بالأمراض الشرجية مبكراً للشفاء من هذه الأمراض في أسرع وقت.

وأخيراً نأمل أن يتزود القارئ من كتاب «الأمراض الشرجية» وأن يستفيد من المعلومات التي قدمها الكتاب واللازمة في هذا المجال وأن يثري بمعلوماته الجديدة سلسلة الثقافة الصحية.